

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ; Приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н

Медицинская организация: ООО «БИОЛАБ», лицензия № Л041-01183-62/00348086 от 29.12.2021,
адрес: 391160, Рязанская область, Пронский район, г. Новомичуринск, мкр. Д, д. 56Д.

Я, нижеподписавшийся(ая),

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: « ____ » _____ г. **Документ:** _____

Адрес: _____

даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, необходимые для оказания мне платных медицинских (клинико-лабораторных) услуг, в том числе на:

- опрос, в том числе сбор анамнеза, и осмотр;
- взятие крови из периферической вены;
- взятие капиллярной крови (из пальца);
- взятие иного биологического материала для лабораторного исследования;
- лабораторные методы исследования.

Мне в доступной форме разъяснены цели и методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные виды вмешательств, их последствия и предполагаемые результаты, в том числе возможные нежелательные реакции при взятии биоматериала (болезненность, гематома, кратковременное головокружение или обморок, крайне редко — местная воспалительная реакция).

Мне разъяснены правила подготовки к исследованиям и последствия их несоблюдения. Я уведомлён(а), что результат лабораторного исследования **не является диагнозом**; его интерпретацию и назначение лечения осуществляет лечащий врач. Мне разъяснено право **отказаться** от вмешательства, кроме случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 № 323-ФЗ.

Медицинский работник, давший разъяснения (Ф.И.О., должность):

Подпись: _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента:

_____/_____

За несовершеннолетнего/недееспособного — законный представитель:

Ф.И.О. _____, документ
_____, подпись _____